FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 214.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 5 Août 1869.

PAR JOSEPH TALHANDIER

Né à Ambert (Puy-de-Dôme)

DU

TRAITEMENT PAR LA DILATATION FORCÉE

DANS LES

AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1869

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	LASÈGUE.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique	VULPIAN.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	DENONVILLIERS
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Pathologie comparée et expérimentale	BROWN-SÉQUARD. Chargé de cours
Clinique médicale	BOUILLAUD. SÉE (G.). N. BÉHIER.
Clinique chirurgicale	LAUGIER. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron JULES CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PÉRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LÉON).	PETER.
BUCQUOY.	GRIMAUX.	LEFORT.	POLAILLON.
CRUVEILHIER.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
DE SEYNES.	ISAMBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N*. . . . .
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N*. . . . . .
— de l'ophthalmologie	*N*. . . . . .
des travaux anatomiques	Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. OLBEAUD, *président* ; DENONVILLERS, BAILLY, JACCOUD.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. DOLBEAU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A M. LE DOCTEUR ARTHUR SICHEL

A MON AMI LE DOCTEUR DU GOURLAY

A MON AMI LE DOCTEUR HENRY NAUSSAC

Le but que je me propose dans ce travail, est d'essayer d'apporter quelques éclaircissements sur un point de pratique oculistique.

Il s'agit de savoir si dans le traitement des maladies des voies lacrymales par la dilatation, il vaut mieux employer des petites ou des grosses sondes; et quels sont les avantages et les inconvénients de ces méthodes. L'une et l'autre ont été préconisées et défendues par des hommes d'une science et d'un talent incontestable.

Aussi ai-je voulu diriger mes recherches de ce côté. J'ai dû pour cela m'appuyer et me baser sur un certain nombre d'ouvrages classiques et spéciaux, sur des thèses et des mémoires, dont quelques uns écrits en allemand ont été traduits avec un soin tout particulier par mon ami M. Mattet que je remercie ici sincèrement. Ces différentes sources seront citées en temps et lieux.

J'ai dû aussi m'appuyer sur les leçons cliniques, et les conseils bienveillants que M. le Dr Sichel fils, à la Clinique duquel j'ai pris mes observations, a bien voulu ne pas me ménager.

Je le remercie ici, et lui sais gré d'avoir bien voulu mettre à ma disposition les différents ouvrages dont j'ai eu besoin.

Je n'oublierai pas mon ami le Dr Du Gourlay, son chef de Clinique qui a droit à mes remerciements pour ses bons conseils.

Pour rendre mon travail aussi complet que possible, je tâcherai de décrire quoiqu'on l'ait fait mieux que je ne le pourrai le faire, les affections des voies lacrymales, leur étiologie, leurs symptômes, leur marche, leurs différentes périodes (catarrhe, tumeur simple, tumeur phlegmoneuse, phlegmon du sac, fistules).

Passant ensuite au traitement après une courte notice historique des différentes méthodes employées, j'aborderai l'étude de la dilatation des voies lacrymales comme moyen de traitement.

J'examinerai l'efficacité des deux méthodes principales qui sont en présence : la méthode de Bowmann (petites sondes) et celle de A. Weber (grosses sondes). Je parlerai ensuite d'un procédé quej'ai vu employer chez M. Sichel, procédé qui donne de beaux résultats d'après mes observations et celles de la clientèle de M. Sichel, et qui montre sinon la supériorité, mais au moins la parfaite innocuité contestée par M. Vecker et d'autres auteurs du procédé de dilatation pas de grosses sondes.

Viendront ensuite à l'appui, quelques observations suivies avec soin de maladies traitées par la méthode que j'ai citée ci-dessus.

Si mon travail paraît insuffisant, si certaines parties en sont défectueuses, je prie mes maîtres et juges d'avoir de l'indulgence pour les défaillances et les fautes en ne considérant que l'intention et la bonne volonté de faire le mieux possible.

DU TRAITEMENT

PAR LA DILATATION FORCÉE

DANS LES

AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES

Du catarrhe des voies lacrymales (Blennorrhée, Wecker) **de la tumeur lacrymale.**

ÉTIOLOGIE.

Le catarrhe des voies lacrymales peut exister à l'état idiopathique :

On rencontre en effet des cas où l'on ne trouve aucune des causes qui seront mentionnées plus loin.

En premier lieu on trouve comme cause directe, l'extension d'une inflammation soit des conjonctives à travers les points lacrymaux, soit de la membrane de Schneider qui tapisse les fosses nasales, lesquelles comme on le sait communiquent directement avec le canal nasal.

Une seconde cause, c'est la rétention des larmes dans le sac ou le canal lacrymal tenant soit à la trop grande abondance de larmes, soit à une cause d'obstruction quelconque des voies lacrymales. On sait en effet que si les larmes ne traversent plus comme elles doivent le faire à l'état physiologique, les points lacrymaux pour se déverser dans les fosses nasales, il arrive que cette rétention amène quelquefois une inflammation des conjonctives. Or, comme la structure intime de la muqueuse des voies lacrymales ne diffère pas beaucoup

de celle des conjonctives, on comprend que cette même rétention puisse amener une inflammation de la muqueuse du canal et du sac lacrymal.

Cette obstruction au cours des larmes, peut tenir à différentes causes : d'abord une étroitesse congéniale du canal, tenant à une disposition anatomique du squelette de la région. M. Vecker, dit que cette étroitesse coïncide avec un écartement exagéré des yeux et un aplatissement des os du nez. Une disposition inverse consistant en une forte saillie des os propres du nez, jointe à la profondeur du creux orbitaire, serait d'après M. Artl, cité par M. Vecker, une cause prédisposante qui indiquerait un aplatissement latéral du canal. Aussi M. Vecker parle-t-il de la fréquence de cette affection chez les Israëlites.

M. le professeur Gosselin résume très-bien les causes du catarrhe et de la tumeur lacrymale provoquée par une obstruction au cours de larmes, en disant : « Tout ce qui tend à embarrasser ou boucher le canal : ainsi le développement d'une tumeur dans son voisinage, une exostose des parois, un polype, un cancer du sinus maxillaire ou des fosses nasales, une déviation de la cloison ou du cancer inférieur. » (Gosselin; thèse de M. Quantin (1868).

Mais la cause la plus commune consiste dans la répétition de l'inflammation ou du catarrhe du sac et du canal, amenant des altérations de la muqueuse. Il se fait des pertes de substances dans l'épithelium, qui deviennent le point de départ d'ulcérations, lesquelles amènent un rétrécissement dans le canal. On comprend qu'une fois rétréci, le moindre gonflement inflammatoire suffise pour amener l'obstruction au cours des larmes et provoquer le catarrhe chronique et la dilatation du sac qui forme la tumeur lacrymale. C'est là, en effet, la cause la plus fréquente et la plus efficiente.

On a trouvé dans les voies lacrymales des granulations, extension d'une affection granulaire des conjonctives. Naturellement, ces granulations boursouflent la muqueuse, amènent le rétrécissement et même l'oblitération complète du canal. Mais cette cause est bien peu fréquente.

Une autre cause pouvant provoquer l'obstruction au cours des larmes et amener le catarrhe et la dilatation du sac, réside dans le développement anormal, l'adhérence ou les imperforations des valvules signalées dans le canal nasal. C'est même d'après l'adhérence des valvules supérieures et inférieures du canal nasal que Béraud a fait deux des quatre catégories de tumeur lacrymale dans la classification.

Les statistiques montrent la préférence de cette affection pour le sexe féminin ; et une autre particularité aussi, c'est que cette affection est beaucoup plus fréquente du côté gauche (Malgaigne). Cependant, d'après M. Fano, elle serait plus fréquente à droite. Je ne sais pas à quoi peut tenir cette divergence d'opinions.

Le tempérament lymphatique semblerait, selon tous les auteurs, avoir de l'influence sur la production de cette affection. Je ne serais pas éloigné de croire qu'il doit surtout en avoir pour rendre la guérison incertaine, longue et difficile à obtenir..

Je ne crois pas pouvoir mieux résumer l'étiologie de l'affection qui m'occupe, qu'en citant les causes données par M. Cruveilher à la tumeur lacrymale.

1° Le rétrécissement congestival du canal nasal.

2° Son oblitération congénitale.

3° Le rétrécissement et l'oblitération du canal par un polype des fosses nasales.

4° L'épaississement fongueux de la muqueuse du canal nasal, suite d'inflammation chronique.

5° Enfin, la présence chez certains sujets, d'un diaphragme perforé; intermédiaire du sac lacrymal et au canal nasal; et chez d'autres, la présence d'une valvule à l'orifice inférieur du canal. Et enfin, pour terminer cet article étiologique, je prends dans la thèse de M. le Dr Quantin (1868) quelques lignes de M. Velpeau, qui donnent une très-bonne idée des causes de cette affection. « Au demeurant, la cause efficiente de la tumeur lacrymale et de la dacryocystite est essentiellement constitués par l'état pathologique du

sac lacrymal et du canal natal. La maladie est presque toujours une phlegmasie modérée de la membrane muqueuse dans le principe; et cette phlegmasie qui prend son origine tantôt dans les voies lacrymales elles-mêmes, tantôt sur les paupières, tantôt du côté des narines, finit par amener soit un boussouflement, soit des végétations, soit même ce qui paraît rare, puisque Demours ne les admet qu'une fois sur cent, de véritables ulcérations.

« Une fois établi, ce travail produit un suintement purulent ou muqueux, donne aux liquides, aux matières naturellement absorbées ou sécretées par les voies lacrymales, une consistance qui en favorise d'autant plus la stagnation ou la rétention dans le sac que le calibre du canal nasal est alors nécessairement diminué. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les altérations anatomiques que l'on rencontre dans le catarrhe des voies lacrymales sont de trois sortes. Les unes se rattachent à la muqueuse qui tapisse les conduits, les autres sont des altérations éprouvées par les liquides qui traversent ces conduits ou qui sont sécrétés par eux. Enfin les troisièmes, qui sont sous la dépendance des deux premières, sont des altérations particulières du sac lacrymal. Je veux parler de la distension que subit le sac, et qui forme la tumeur lacrymale proprement dite.

Je vais donc passer en revue, 1° les altérations de la muqueuse; 2° celle des liquides; 3° la dilatation du sac et son mécanisme.

Mais avant, un mot sur l'anatomie normale.

A l'état normal, le sac lacrymal, situé dans la gouttière lacrymale de l'orbite, forme un cylindre aplati transversalement. Il est formé par une membrane fibreuse qui s'insère aux deux lèvres de la gouttière lacrymale et est soudée en arrière au tendon réfléchi de l'orbiculaire, et en avant au ligament palpébral interne.

Il est tapissé intérieurement par une muqueuse d'un blanc rosé recouverte par un épithélium vibratile.

Le canal lacrymal qui lui fait suite est séparé par un rétrécissement et une valvule non constante, selon quelques auteurs la valvule de Béraud.

Ce canal s'ouvre dans le méat inférieur, tantôt au sommet, tantôt plus ou moins bas sur sa paroi externe.

Il est formé aussi par une tunique fibreuse, continuation de la tunique fibreuse du sac, et expansion du périoste du canal osseux.

La muqueuse est tapissée par un épithélium vibratile, excepté dans sa partie inférieure ou partie membraneuse, où l'épithélium est pavimenteux, stratifié.

La muqueuse du canal et du sac contiennent quelques petites glandes en grappe.

Je crois devoir placer ici les différentes mensurations des voies lacrymales, surtout celles du canal nasal. Ceci n'est pas indifférent pour le diamètre qu'on doit donner aux sondes.

M. A. Weber (Klinick Monatsblat, 1863) donne comme mensuration.

Sac lacrymal.

Longueur	12 à 15 mm.
Profondeur . . .	6 —
Largeur	4 —

Canal nasal.

Longueur	10 à 12 millimètres.
Profondeur	4 —
Largeur.	3 —

M. Arlt (*Archives d'ophthamologie*, tome I.)

Sac lacrymal.

Longueur.	10 millimètres.
Prof. d'avant en arrière.	4 —
Largeur.	4 —

Canal nasal.

Longueur	10 à 15 millimètres
Profondeur.	1^{mm},1/2 à 2 1/2
Largeur	3 millimètres.

Ce que je tiens à faire remarquer, c'est la différence qui existe entre les deux mensurations pour la profondeur du canal nasal qui dans les deux mensurations offre une différence de 1^{mm}1/2. Il en est de même pour la profondeur du sac.

M. le professeur Richet dans son traité d'anatomie médico-chirurgicale, donne comme résultat de ses recherches à ce sujet.

Longueur du canal nasal. .	7 à	11	millimètres.
Largeur.	2	5	—

M. Richet citant l'opinon de M. Vésigné (Thèses de Paris, 1824) dit que le canal est toujours ovalaire. Cependant il y a seulement une différence de 1 millimètre entre les dimensions de profondeur et de longueur, et selon M. Wecker, cela prouverait clairement que le canal est cylindrique.

Dans son mémoire Weber dit que le canal nasal est aplati d'avant en arrière et de dedans en dehors.

Tout cela est assez important pour savoir la forme et le diamètre qu'il faut donner aux sondes.

1° L'altération qui survient dans la muqueuse consiste dans le gonflement de cette muqueuse jointe à une forte hyperémie des vaisseaux. La muqueuse offre de petites saillies papilliformes qui lui donnent un aspect tomenteux et comme velouté. Les mêmes altérations se retrouvent dans la muqueuse du sac.

C'est surtout dans les cas où on a été obligé d'ouvrir le sac que ces altérations ont pu être vues sur le vivant. Quand la dilatation du sac s'est faite rapidement, la muqueuse forme des plis assez nom-

breux qui contribuent à boucher le sac et à empêcher le cours des larmes.

2° A l'état normal, la muqueuse sécrète une très-petite quantité de liquide qui est blanc, filant, contenant quelques cellules épithéliales. Sous l'influence de l'inflammation ou du catarrhe, ce liquide se trouble, augmente de quantité, de consistance. Il devient verdâtre ou jaune, et offre l'apparence des productions catarrhales. On y trouve rarement des cellules de pus. La quantité de cette sécrétion varie suivant le degré d'intensité de l'inflammation.

3° La troisième altération survenant dans les voies lacrymales résulte de l'accumulation et de l'augmentation de la sécrétion normale. C'est la dilatation du sac lacrymal qui forme la tumeur lacrymale proprement dite.

La muqueuse de ce sac subit des altérations analogues aux précédentes.

Le sac n'étant maintenu par un plan résistant que dans sa partie interne, on conçoit que l'accumulation des liquides le distende à sa partie externe, où il n'est bridé que par le ligament palpébral interne.

Cette distension, selon M. Wecker, paralyserait les portions du muscle orbiculaire destinées à rapprocher les parois du sac lacrymal. Cette paralysie arriverait par la distension progressive que ces muscles subissent et qui leur ferait perdre leur contractilité.

Une autre altération peu décrite, et qui se rencontre très-souvent, pour ne pas dire plus, consiste en rétrécissements qui se produisent dans le diamètre du canal. Normalement il existe un rétrécissement entre le sac et le canal ; il a pour mesure de 1 à 2 millimètres. Selon M. Wecker, sous l'influence de l'inflammation, la muqueuse, devenue épaisse, fougueuse, tend de plus en plus à rétrécir cet orifice, et si la maladie dure depuis longtemps sans complications qui réclament l'intervention du chirurgien, la muqueuse en ce point s'altère de plus en plus ; le rétrécissement devient fibreux, difficile à franchir, et demande alors un traitement particulier.

Il peut se former des rétrécissements en d'autres points qu'au sommet du canal. Il peut y en avoir un ou plusieurs formés de la même manière que celui de l'extrémité. Mais le plus fréquemment c'est le rétrécissement normal qui s'accroît et intercepte les voies lacrymales, en amène l'obstruction, et donne lieu par le mécanisme que j'ai cité plus haut à la dilatation du sac.

DIVISION ET SYMPTÔMES.

Dans son traité des maladies des yeux, Mackensie divise la marche du catarrhe chronique et de la tumeur lacrymale en cinq périodes, qui donnent une idée très-nette de la marche de cette affection. La première période est celle du larmoiement; la seconde est la période de blennorrhée; la troisième est caractérisée par un abcès qui donne lieu à la fistule, quatrième période; et enfin il en vient une cinquième, la période de carie.

Pour lui, la succession de ces symptômes se faisait nécessairement dans le même ordre.

M. Wecker admet aussi que la blennorrhée est le premier degré de la maladie des voies lacrymales, et la tumeur le second. Quant à l'abcès de Mackenzie, qui n'est autre chose que le phlegmon du sac, on peut l'admettre comme compliquant une tumeur simple. La fistule est toujours le résultat de l'ouverture du phlegmon du sac.

Pour M. Fano (*Mémoire sur le catarrhe du sac*), la phlegmasie catarrhale du sac est, dans la plus grande majorité des cas, la cause des tumeurs et fistules lacrymales. Il ne considère les rétrécissements que comme un phénomène purement accessoire.

Je ne crois pas devoir complétement adopter cette idée, que le catarrhe du sac suffise seul à produire une dilatation, comme le voudrait M. Fano.

Je n'adopte pas non plus l'opinion des anciens auteurs, J.-L. Petit et autres. Pour eux, la tumeur lacrymale était produite par la ré-

tention des larmes dans le sac, provoquée par une obstruction mécanique au delà du sac.

Mais je crois qu'on est dans le vrai en mélangeant les deux opinions et en disant que, pour que la tumeur se produise il faut que le sac soit altéré (catarrhe), et, de plus, que le calibre du canal soit rétréci, au point de ne plus laisser écouler les liquides altérés par le canal.

C'est, du reste, ce qui arrive le plus fréquemment, et, presque dans tous les cas, on trouve avec le catarrhe des brides ou des rétrécissements qui obstruent le canal.

Béraud divise en quatre espèces les tumeurs lacrymales. Je ne puis que les citer :

1° Tumeur lacrymale inflammatoire;

2° Tumeur due au développement d'un follicule muqueux;

3° Tumeur lacrymale due à l'adhérence de la valvule inférieure du sac;

4° Tumeur due à l'adhérence des valvules inférieures et supérieures.

En ajoutant à la troisième et quatrième variétés la tumeur due aux lésions qui ont amené une obstruction ou un rétrécissement dans le canal, cette classification serait complète, selon moi.

Je vais maintenant décrire les principaux symptômes du catarrhe des voies lacrymales et de la tumeur lacrymale simple, car on ne doit pas les considérer comme deux affections distinctes.

Un larmoiement et une gêne plus ou moins douloureuse au niveau du grand angle de l'œil donnent presque toujours l'éveil aux malades, qui sont surtout gênés par le vent, le froid et l'humidité qui augmentent la sécrétion des larmes. Les larmes coulent sur la joue.

En même temps, quelquefois plus tard, une petite tumeur, prélude de la dilatation du sac, se montre au grand angle de l'œil; la pression la vide, et il sort des mucosités soit par les points lacrymaux, soit par le nez. Mais, si le catarrhe augmente, les symptômes augmentent aussi d'intensité, et il arrive un nouveau symptôme : c'est

la sécheresse de la narine correspondante. On comprend, en effet, que, si le diamètre du canal est suffisamment rétréci, ou s'il est obstrué et ne livre plus passage aux produits accumulés, le malade sente qu'il ne peut plus moucher : aussi pas un malade n'échappe à ce symptôme. Cet état peut durer un certain temps sans modification ; mais si l'inflammation devient plus profonde et plus étendue, si elle modifie de plus en plus la muqueuse, il survient un nouveau phénomène.

Le malade sent grossir la tumeur qu'il porte au grand angle de l'œil. Cette tumeur offre la direction du canal, elle est plus ou moins allongée. Les malades ne ressentent, pour la plupart, qu'un peu de gêne et de démangeaison, mais d'autres fois ils ressentent une douleur vive avec des contractions spasmodiques du muscle orbiculaire. La présence des larmes dans le sac lacrymal peut gêner la vision : l'olfaction, par suite de la sécheresse de la narine, est aussi gênée.

La pression vide la tumeur plus ou moins facilement, et les mucosités refluent par les points lacrymaux ou par le nez.

M. Wecker a remarqué que la présence de ces liquides altérés suffisait pour produire des conjonctivites et des blépharites intenses.

Il arrive un fait que M. Wecker fait aussi remarquer : c'est que, lorsque le sac se dilate beaucoup, les points lacrymaux ne laissent plus refluer les liquides, et les mucosités se vident alors par le canal nasal; mais il faut exercer une pression assez forte, et ce n'est que dans certaines positions de la tête du malade, qui réussit souvent beaucoup mieux que le chirurgien à vider la tumeur. Ce fait s'explique, selon lui, d'une part, par l'obliquité d'insertion de l'embouchure des conduits lacrymaux dans le sac, trop dilaté, et, d'un autre côté, il explique la perméabilité du canal par l'amincissement de la muqueuse. Quelle que soit l'explication, le fait arrive quelquefois.

Une fois arrivée à cet état, l'affection peut se terminer de plu-

sieurs façons : ou l'inflammation se résout d'elle-même, ce qui est rare ; ou bien, sous l'influence d'un traitement bien entendu, elle marche assez rapidement à la guérison ; ou bien encore, si le malade ne suit aucun traitement, la dilatation du sac augmente progressivement en même temps que les symptômes, et il peut arriver, sous l'influence des causes que je citerai plus loin, un phlegmon du sac et une fistule qui lui fait suite.

PRONOSTIC.

Ce n'est point là une affection grave, c'est plutôt une incommodité qui ne laisse pas de faire souffrir et d'ennuyer le malade.

Quant à la guérison complète, la multiplicité des méthodes de traitement fait voir qu'elle est très-difficile à atteindre.

Quelques auteurs même pensent, peut-être avec raison, que l'on ne peut que l'améliorer pour un certain temps, qu'une récidive est presque fatale, et qu'il faut par conséquent choisir le traitement qui mène le plus sûrement et le plus rapidement à l'amélioration, sans compter sur la guérison complète.

Quant à moi, d'après les malades que j'ai pu voir et ceux dont on m'a parlé, je pense qu'au moyen du traitement dont je parlerai plus loin l'on peut espérer, peut-être après une ou deux récidives, une guérison complète.

DU PHLEGMON DU SAC LACRYMAL.

(Tumeur lacrymale enflammée; *Dacryocystite phlegmoneuse*) (Vecker).

ETIOLOGIE.

Le phlegmon du sac succède toujours à un catarrhe du sac. On peut rarement accuser une lésion ou une violence extérieure de l'avoir produit. Le plus souvent le malade avait déjà, soit une tumeur lacrymale simple, soit même un catarrhe seul.

On peut adopter que, sous l'influence des liquides altérés qu'il renferme, un sac distendu subisse une poussée inflammatoire qui amène le phlegmon. Alors les tissus environnants subissent par contact l'influence de l'inflammation, et l'on a une tumeur lacrymale enflammée.

Si la muqueuse du sac altérée céde en un point quelconque, les liquides se répandent dans le tissu cellulaire et y déterminent une inflammation qui amènera le phlegmon.

Les altérations osseuses sont une cause excessivement rare; je crois même qu'elles seraient plutôt produites par le phlegmon du sac qui altérerait le périoste et la nutrition de l'os.

Symptômes. — Sous l'influence des causes citées plus haut, le malade, porteur d'une tumeur simple, voit le grand angle de l'œil rougir, se tuméfier un peu plus et devenir douloureux. Chez quelques personnes, il se déclare même une fièvre intense, dénotant la formation de pus.

En même temps, les symptômes du catarrhe du sac augmentant, la tumeur ne se vide plus par le nez ni par les points lacrymaux.

Le gonflement devient œdémateux et se propage à la région, souvent même jusqu'aux paupières. En un mot, on a là tous les caractéres d'un abcès diffus. Cependant la résistance de la région et la tension de la peau empêchent souvent de sentir la fluctuation.

Le sac ainsi distendu forme une tumeur assez volumineuse : on en a vu du volume d'un œuf de pigeon.

Cette tumeur est le plus souvent située au-dessous du ligament palpébral interne. D'autres fois, elle est bridée par lui et forme ce que M. Desmarres appelle tumeur en gourde.

Peu à peu la peau rougit davantage.

La tumeur s'acumine, la peau s'amincit et enfin s'ulcère et s'ouvre pour donner passage à une assez grande quantité de pus, mélangé de mucosités qui ont quelquefois une couleur sanguinolente.

En résumé ceci se passe comme dans tous les abcès phlegmoneux.

L'ulcération peut ne pas se faire au dehors, et le sac et le phlegmon ne peuvent se vider par une autre voie que la peau.

Le pus peut fuser par-dessous la muqueuse, se frayer une voie dans le canal nasal et se vider par le nez. C'est alors qu'on peut croire à la résolution du phlegmon.

De quelque manière que le sac se soit vidé, tous les symptômes inflammatoires disparaissent.

Si l'ouverture s'est faite par la peau, il reste une fistule qui peut au bout de quelques jours se refermer, si le canal nasal n'est pas trop rétréci et si les larmes et les liquides du sac peuvent le traverser facilement. Mais si cela n'arrive pas, alors les liquides passant continuellement par l'orifice externe tendent à le rendre fistuleux et la fistule lacrymale est établie.

Mais le phlegmon peut se répéter plusieurs fois à certaines distances. Quelques malades en sont atteints plusieurs fois. Alors la muqueuse du sac est très-altérée et il s'y fait des ulcérations en rapport avec la fréquence et la durée des phlegmons. Ainsi on peut voir arriver ce qu'on a cherché à obtenir artificiellement, je veux parler de l'oblitération du sac; cette oblitération arrive assez fréquemment. Mais ce qui est le plus fréquent, c'est que les divers points de la muqueuse altérée se soudent ensemble et forme des brides, des rétrécissements dans le sac, ce qui entrave beaucoup la guérison et la rend très-difficile à obtenir.

Le diagnostic n'est pas difficile à établir. Les signes anamnestiques suffiront le plus souvent pour le faire distinguer d'un abcès ordinaire et d'un anchilops.

TRAITEMENT.

Que faire à un malade affecté d'un phlegmon du sac?

Une fois reconnu, la première indication est de vider le pus enfermé dans le sac.

Il y a deux procédés en présence : l'ouverture par l'extérieur : ou bien l'ouverture par le point lacrymal supérieur fendu, avec le débridement du ligament palpébral interne. M. Wecker préconise cette méthode : mais je crois qu'elle ne doit pas être suffisante dans tous les cas, et qu'il vaut mieux à part chez les personnes craignant beaucoup une cicatrice, se servir de l'ouverture extérieure du sac.

On introduit alors le couteau au-dessus du ligament palpébral interne entre la caroncule, et la paupière inférieure. Ces trois points réunis par une ligne fictive forment un triangle. C'est dans le milieu de ce triangle qu'il faut enfoncer la pointe du bistouri. Pour se diriger suivant la courbure du canal, M. Arlt conseille de prendre pour point de repère une ligne partant du milieu du ligament palpébral interne et allant vers l'interstice des dents incisives. Une fois introduit, on relève le manche du couteau jusqu'à ce qu'il touche les arcades sourcilières et on enfonce jusque dans le sac et même le canal. En retirant le couteau, on peut, suivant qu'on le croit nécessaire élargir la plaie extérieure.

On vide par la compression la tumeur. On calme les symptômes inflammatoires par des antiphlogistiques, cataplasmes, lotions émollientes.

Puis, au bout de quelques jours, ou même tout de suite, on peut essayer si le canal est libre au moyen des sondes. Pour cela on ouvre, si cela n'est pas déjà fait, le point lacrymal supérieur, et on introduit par là une sonde. Si le canal est libre, l'ouverture de l'abcès sera bientôt cicatrisée. Sinon, on rentre dans les cas de la fistule continue. J'indiquerai plus loin comment, au moyen du cathétérisme, on peut rendre le canal perméable, faire cesser la fistule et remettre le malade en bon état.

DE LA FISTULE LACRYMALE.

Je dirai peu de choses de la fistule lacrymale, son étiologie étant connue et ses symptômes n'offrant pas de détails bien intéressants.

Son ouverture externe est toujours placée au-dessous du ligament palpébral interne, et l'ouverture interne donne dans le sac. Les bords sont plus ou moins réguliers; quelquefois ils offrent des callosités. Le trajet peut être plus ou moins long. Le plus généralement il n'existe pas, et les deux ouvertures se touchent. Elle laisse écouler au dehors les larmes, la sécretion du sac et un peu de sérosité purulente.

Elle n'a pas de tendance à se refermer d'elle-même, mais, si le canal redevient libre, elle se cicatrise, sauf à se rouvrir plusieurs fois, jusqu'à ce qu'un traitement bien ordonné arrive à délivrer le malade de cet inconvénient beaucoup plus gênant que grave.

Le traitement de la fistule sera le traitement de ce qui l'a causée, c'est-à-dire des catarrhes du sac, et surtout des rétrécissements du canal. Aussi rentre-il dans l'article spécial où il sera traité du cathétérisme par dilatation.

Historique des procédés et méthodes du traitement des maladies des voies lacrymales.

En analysant toutes les méthodes et tous les procédés employés pour le traitement des maladies des voies lacrymales, on voit qu'il est possible de rattacher à trois méthodes générales tous les procédés particuliers.

Ces méthodes sont :

1° Le rétablissement des voies naturelles ;

2° Etablissement d'une voie nouvelle ;

3° Oblitération des voies naturelles.

Il n'entre pas dans mon cadre d'établir une discussion pour savoir à laquelle de ces méthodes il faut recourir de préférence. Cette étude déjà faite permet de conclure à la prééminence du rétablissement des voies naturelles.

Je dirai seulement quelques mots comme historique abrégé de ces méthodes et procédés avec les noms des auteurs.

Je me réserve de discuter plus loin, à propos des procédés de dilatation qu'il faut choisir, sur la prétendue excellence du procédé de Bowmann. Pour cela, je m'appuierai sur des considérations tirées des mémoires de A. Weber (*Archives d'ophthalmologie*, 1861 ; — Zehender, *Klinische Monatsblætter*, 1863).

Je parlerai aussi du procédé que, dans le même mémoire, M. Weber a préconisé, et surtout d'une modification de ce procédé. J'ai vu M. Sichel se servir de ce procédé modifié ou plutôt généralisé, et toujours avec un grand succès de promptitude et de sûreté.

1° *Rétablissement des voies naturelles.*

Les premiers qui essayèrent de désobstruer le canal lacrymal par les points lacrymaux furent Anel, en 1713, et Méjean.

Anel se servait d'un stylet, qu'il introduisait par les points lacrymaux, qu'il fallait préalablement dilater. Le stylet pénétrait ainsi dans le sac et le canal.

D'autres, croyant éviter les difficultés du cathétérisme par les points lacrymaux, essayèrent le cathétérisme par les fosses nasales. Ils se servaient d'une sonde recourbée, à laquelle Gensoul et Pirondi firent subir des modifications dans la courbure pour la faire plus sûrement pénétrer dans le canal. On l'introduisait par le méat inférieur, ce qui était quelquefois difficile, et une fois dans le canal, on la laissait à demeure. On lui substituait des sondes creuses par lesquelles on faisait des injections. Plus tard, M. Verpillat se servit des sondes en gomme élastique, toujours introduites par le méat inférieur.

Le procédé de Méjean consitait à introduire par les points lacrymaux un stylet dans le chas duquel était passé un fil qui entraînait à sa suite quelques brins de charpie. Quand la pointe du stylet était engagée dans les fosses nasales on le saisissait avec des pinces et on attirait le tout.

Palluci remplaçait le stylet de Méjean par une sonde creuse, dans laquelle était une corde à boyau, qui devait être chassée au dehors.

Cabanis introduisait au bout du fil un morceau de sonde recouverte de baudruche.

Ce n'est que plus tard qu'on imagina, pour laisser passer tous ces différents dilatateurs, de fendre les points lacrymaux.

Maintenant peuvent se placer les méthodes dont il sera question plus loin, celle de Bowman et celle de Weber.

Petit introduisait une sonde courbée dans le canal, par une ouverture artificielle faite au sac lacrymal. La sonde courbée entraînait une bougie élastique.

Pouteau faisait l'ouverture du sac entre le bord de la paupière et la caroncule.

Desault et Boyer faisaient l'incision comme J.-L. Petit et introduisaient une canule.

Scarpa se servait de clous en plomb, Larrey les remplaça par des cordes à boyau.

Le procédé de dilatation permanente mis en usage par Dupuytren est ce qu'on appelle le procédé par la canule. Il introduisait après une ouverture une canule creuse devant servir de dilatateur et de conduit aux larmes. Le grand nom de Dupuytren m'empêcherait à lui seul de faire la moindre critique de son procédé, si je ne m'étais promis de n'en faire aucune de tous les procédés que j'ai à citer.

Voici, je crois, avec la méthode Bowmann et celle de Weber, les principales méthodes qui se rapportent au rétablissement des voies naturelles.

II. — *Etablissement d'une voie nouvelle.*

Cette méthode anciennement connue, puisque, dit-on, les Arabes s'en servaient, compte plusieurs procédés auxquels se rattachent des noms importants. Voolhouse ouvrait le sac et introduisait une tige

métallique qui perforait l'os unguis, et il plaçait par cette ouverture une canule d'or qui devait conduire les larmes dans les fosses nasales.

Plusieurs chirurgiens, Lacharrière, Saint-Yves, Dionis, perforaient avec un cautère rouge. Hunter imagina un emporte-pièces pour faire une ouverture à l'os unguis. M. Foltz, de Lyon, a inventé une pince emporte-pièces dans le même but.

M. le professeur Laugier perfore la cloison osseuse qui sépare les voies lacrymales du sinus maxillaire et introduit une canule.

On cite encore le procédé de Wathen, espérant avec un forêt creuser un nouveau canal nasal dans lequel il mettait une canule à demeure pour empêcher ce canal de s'oblitérer.

III. — *Oblitération des voies lacrymales.*

Je dirai peu de choses de cette méthode qui consiste à détruire les voies naturelles en les obstruant par du tissu cicatriciel.

C'est une imitation de ce que fait quelquefois naturellement la maladie.

Malheureusement c'est quelquefois aussi la seule méthode qu'il reste à employer. Elle est attribuée à un chirurgien de Florence, Nannoni, qui provoquait dans le sac une inflammation destructive au moyen de pommades mercurielles ou argentines. M. Desmarres emploie le fer rouge et décrit dans son traité le mode opératoire très en détail. Le cautère est promené sur la muqueuse. Ce procédé demande beaucoup de soins et d'habileté. Weber a pu rétablir la perméabilité des voies lacrymales chez un malade traité par la méthode d'oblitération de M. Desmarres. On se sert enfin de caustiques, de quelque nature qu'ils soient. M. Magne propose le chlorure d'antimoine.

La galvano-caustique a aussi été préconisée soit pour détruire le sac lui-même, soit pour oblitérer les points lacrymaux.

M. Tavignot cautérise par l'électricité, au moyen de deux stylets,

les deux points lacrymaux, et espère ainsi guérir toute tumeur et toute fistule.

Enfin, Velpeau a essayé d'oblitérer les points lacrymaux par l'autoplastie. M. de Graefe cautérise d'abord les points lacrymaux au moyen de petits stylets hérissés de faibles aspérités et trempés dans une solution d'acide nitrique. Il cautérise plus tard le sac.

M. Gosselin cite un cas où la glande lacrymale fut enlevée pour tarir la source des larmes.

Quoi qu'il en soit, et les explications ne manquent pas, après l'oblitération des voies lacrymales, le larmoiement, après avoir duré encore un certain temps, finit par disparaître complétement.

Telles sont les trois grandes classes de procédés opératoires : ils sont nombreux, et, d'après les auteurs du Compendium, « ce luxe apparent de la thérapeutique cache une indigence plus réelle, malgré les tentatives de tous les âges. »

Du procédé de Bowmann.

C'est une modification du procédé d'Anel et de Pouteau. Les conduits et les points lacrymaux sont incisés au lieu d'être dilatés. On excise de préférence dans ce procédé le point supérieur : le passage de la sonde est plus facile par ce point.

L'incision est pratiquée avec le couteau de Weber.

C'est ici que commence réellement le procédé.

Les sondes de Bowmann sont en argent flexible, longues d'environ un décimètre : elles sont doubles, et chaque sonde est numérotée et calibrée.

Le n° 1 est de la grosseur environ d'un crin, et le n° 6 d'un peu plus de 1 millimètre.

Pour introduire la sonde dans le canal, on attire en dehors et en haut la paupière supérieure, ce qui rend le conduit plus direct et son embouchure dans le sac presque en ligne droite. La direction

à donner à la sonde est une ligne partant du milieu du ligament palpébral interne, et allant entre la deuxième incisive et la canine.

Si la sonde rencontre un obstacle, il faut diriger la pointe doucement dans plusieurs directions. « Si, malgré cela, on ne parvient pas à passer, on peut pousser la sonde avec force, et si elle ne pénètre pas dans le sac, j'ai recours à la lancette à canule. » (Bowmann.)

La durée du catéthérisme doit être de quinze à vingt minutes.

M. Bowmann va progressivement du n° 1 au n° 6; mais plusieurs praticiens, M. Vecker, M. Richard (Adolphe), conseillent de ne pas dépasser le n° 4, de crainte de faire subir à la muqueuse des lésions qui amèneront un nouveau rétrécissement.

Voici le manuel opératoire de ce procédé.

M. Weber, dans son mémoire, trouve ce procédé défectueux, 1° parce que la dilatation se trouve bien en deçà de la capacité normale du canal nasal. Qu'on se reporte au tableau où j'ai donné ces mensurations et qu'on compare : la plus grosse sonde de Bowmann n'a qu'un peu plus de 1 millimètre. 2° Parce que tous les cas ne sont pas guérissables par ce procédé. Il cite même ses statistiques qui, pour lui, sont importantes.

Voyons dans quels cas cette méthode ne sert de rien.

1° Les cas de rétrécissement du conduit lacrymal nasal, quand ils s'allient à des sécrétions inflammatoires ou ulcéreuses primaires ou ou secondaires, alors qu'à côté des larmes se produit un mucus ou un pus abondant.

2° Les cas de rétrécissements calleux du conduit qu'on trouve souvent à une distance de 2 lignes de l'abouchement du canal dans le sac ou plus loin.

Je passe les cas où la muqueuse est altérée, présente des végétations, des renflements, des dégénérescences polypeuses, la carie, etc.

Et, enfin, une dernière classe ne serait pas justiciable du procédé de Bowman, ce sont : les rétrécissements et atrésies quand ils ont amené la dilatation du sac, cette dilatation même devenant l'obstacle au traitement.

Ayant eu l'occasion de voir plusieurs malades traités par cette méthode, il les a vus, dit-il, atteints de fréquentes récidives et même plus malades.

Aussi, reproche-t-il au procédé de Bowman :

1° Les sondes n'ont pas la capacité suffisante pour dilater le rétrécissement et la dilatation s'arrête à moitié chemin ;

2° Les sondes n'ont pas la forme voulue par rapport à la forme du canal ;

3° Elles n'ont pas la flexibilité voulue pour s'appliquer d'elles-mêmes aux courbures et aux sinuosités du canal.

De plus, et cela M. Sichel fils nous l'a souvent fait remarquer, malgré la ligne fictive qui est censée indiquer la direction du canal, on ignore cependant les variations de courbure et les sinuosités produites par les rétrécissements, aussi il arrive que la pointe de la sonde fasse fausse route dans une muqueuse déjà altérée, et l'on comprend alors ce que ce procédé peut avoir de défectueux, à cause des rétrécissements traumatiques qui peuvent suivre le cathétérisme.

Telles sont les principales raisons qu'on trouve dans le mémoire de M. Weber, et que la pratique de tous les jours fait voir.

Par conséquent, le procédé de Bowman est, d'après moi, défectueux parce qu'il est, la plupart du temps, insuffisant et d'autres fois dangereux.

Du procédé de Weber.

Il a voulu substituer aux sondes métalliques des sondes en caoutchouc devant, disait-il, mieux s'adapter au canal.

Le manuel est le même; le point supérieur est incisé un peu plus cependant, les sondes ayant un diamètre supérieur.

Il ajoute la section sous-cutanée de ligament palpébral interne. Sa description est très-détaillée.

Une fois les voies préparées, voilà où ce procédé diffère de l'autre :

On introduit les sondes, préalablement munies d'un mandrin. La plus petite sonde a le diamètre du n° 5 ou n° 6 de Bowman. On voit de suite la différence. Encore quelques praticiens ne veulent-ils pas dépasser le n° 4 de Bowman.

Les sondes sont faites comme pour l'urèthre, c'est-à-dire que l'extrémité est plus ténue ; elles sont en un mot coniques.

C'est avec ces sondes qu'il pratique tous les jours le cathétérisme. Et il en dit certes grand bien dans son mémoire.

Je n'ai, pour ma part, jamais vu employer ces sondes en caoutchouc, ni les bougies de cire dont il parle. M. Sichel n'admet, en aucune façon, l'efficacité de ce procédé.

Mais ce qui distingue surtout les deux procédés, c'est ce que Weber appelle la dilatation forcée.

Il se sert d'une sonde construite sur le modèle des sondes jumelles de Bowman. Elles sont en argent ; mais elles sont coniques, c'est-à-dire qu'à l'extrémité, ayant le diamètre des plus fortes sondes de Bowman, elles vont en s'élargissant de millimètre en millimètre. Elles sont graduées et permettent, par conséquent, de voir facilement à quelle profondeur est le rétrécissement et quel est son diamètre.

Lors donc que sa sonde en caoutchouc ne peut pas entrer, il force le rétrécissement avec sa sonde conique et la laisse en place.

M. Vecker s'inscrit en faux contre cette manière de procéder, et il n'est pas le seul.

Je ne sais pas ce que l'on peut reprocher à ce procédé qui en résumé trouve son application journalière dans d'autres parties de l'économie.

Le rétrécissement éclate, mais la muqueuse ne subit pas, comme on pourrait le croire, des altérations qui amèneraient fatalement l'atrophie, et encore vaudrait-il mieux l'atrophie de la muqueuse avec un canal libre que de nouveaux rétrécissements avec la fausse route que procure souvent la sonde de Bowman.

Une fois le rétrécissement franchi, M. Weber revient à ses sondes de caoutchouc. C'est là que commence la différence entre le procédé que j'ai toujours vu employé chez M. Sichel.

La sonde conique, ayant passé une fois, repassera bien les autres, et elle offrira l'avantage de comprimer toujours de la même manière et avec la même force, puisque étant conique, elle peut s'enforcer davantage.

Comme manuel c'est identique : incision du point lacrymal, section du ligament, etc., etc.

Mais le cathétérisme est toujours fait avec les sondes qui agissent très-sûrement en dilatant le rétrécissement et comprimant la muqueuse.

Lorsque le rétrécissement est infranchissable, même par les grosses sondes, on se sert du couteau de Stiling qu'on plonge dans le canal et avec lequel on fait des incisions, des scarifications dans tous les sens ; c'est ensuite qu'on introduit la sonde. Dans deux de mes observations, ce procédé a été employé sans que les malades aient eu plus à souffrir, et sans que leur guérison en fût retardée.

En résumé, je pense que le procédé de Bowman est insuffisant, et qu'il est plus sûr et préférable de se servir des grosses sondes de Weber qui agissent en dilatant mieux que ne le feraient les sondes de Bowman.

Les observations que je présente ont trait à des malades, tous traités par ce procédé.

OBSERVATION I.

Communiquée par le Dr Du Gourlay, chef de clinique du Dr Sichel.

Mlle X..., âgée de 18 ans, paysanne des environs de Paris, se plaint de larmoiement et de tension dans l'angle interne de l'œil droit, où il existe une petite tumeur de la grosseur d'un pois, qui se vide facilement par les points lacrymaux, et qui depuis cinq à six mois ne se vide plus par le nez.

Vers le milieu d'octobre 1868, ouverture du point lacrymal supérieur (procédé de Weber). On emploie la sonde graduée de Weber, qui rencontre un obstacle à l'entrée et un autre à la partie moyenne du canal lacrymal.

L'obstacle est franchi par la force ; la sonde est très-resserrée en ce point.

Le lendemain, même opération.

Pendant quinze jours, quatre fois par semaine, on pratique le cathétérisme.

Au bout de ce temps la sonde passe facilement; la sonde ne se sent plus.

La guérison peut être considérée comme certaine dans la dernière moitié de novembre 1868, époque à laquelle on fait des injections qui passent librement dans la narine.

La guérison est radicale. — On n'a pas revu la malade.

OBSERVATION II.

Mlle Dufour, âgée de 25 ans.

Depuis l'âge de 15 ans, épiphora continuel à l'œil droit avec de fréquentes conjonctivites. La narine est sèche. Jamais de tumeur lacrymale.

Au commencement du mois d'avril 1869, la malade vient à la clinique de M. Sichel.

On reconnaît un catarrhe du sac et du canal.

Incision du point lacrymal supérieur.

La sonde passe difficilement, à cause d'un petit rétrécissement à l'entrée du canal.

Sondes de Weber pendant huit jours.

On fait concurremment de petites injections de sulfate de cuivre au 100e.

7 mai. L'épiphora a considérablement diminué.

Le 11. Pas d'épiphora. Les grosses sondes passent facilement, quoiqu'on sente encore le rétrécissement de l'entrée signalée au début du traitement. Injection.

Le 18. Plus de larmoiement. La malade mouche bien.

Le 27. Injection. — On ne sent plus aucun obstacle.

Le 28. La malade n'a plus aucune incommodité. Elle se dit et est en effet guérie.

OBSERVATION III.

Mme Sténarel, de Fontainebleau.

Il y a six ans, l'œil commence à laisser échapper les larmes.

De temps en temps des petites tumeurs se forment à l'angle interne de l'œil droit.

Elles se vident par la pression.

Au mois d'août 1868, nouvelle tumeur rouge, douloureuse, avec fluxion des parties environnantes. Un médecin fait mettre des sangsues et des cataplasmes. La tumeur s'ouvre et laisse s'échapper une certaine quantité de pus.

Quelques jours plus tard l'orifice se cicatrise.

En février 1869, nouvelle tumeur enflammée. Cataplasmes Ouverture avec issue de pus.

Au commencement d'avril, la malade vient chez M. Sichel.

Le catarrhe du sac continue; les larmes tombent abondamment sur la joue.

La narine droite est sèche.

Incision du point lacrymal supérieur.

Sondes de Weber.

7 mai. Les grosses sondes passent facilement.

Injections au sulfate de cuivre. Elles ressortent facilement par la narine.

La malade mouche facilement.

Le 8. L'épiphora a cessé. La malade part pour son pays avec ordonnance d'injections.

Elle a eu une rechute qui la fait revenir le 15 mai. L'œil pleure encore un peu. La sonde passe très-bien et sans douleurs. Après trois jours de cathétérisme, elle repart guérie, car depuis le 27 mai, elle n'est plus revenue; elle avait promis de revenir à la moindre rechute.

OBSERVATION IV.

Mme Amyot, 34 ans.

Le début remonte à dix ans.

En 1859, au mois de septembre, tumeur rouge douloureuse au grand angle de l'œil droit.

Epiphora abondant.

Sangsues sur la tumeur qui se perfore et laisse écouler du pus. Pendant un an, la malade a une petite fistule.

L'épiphora est continuel. La narine est sèche.

En octobre 1860, pour se guérir de sa fistule, la malade vient chez M. Sichel père.

On lui met des clous d'argent pendant près d'un an.

La malade, peu soigneuse, demeure une autre année sans traitement.

Ce n'est qu'en 1864 qu'elle revient.

Nouveau clou à demeure pendant trois mois.

Survient un érysipèle de la face; on enlève le clou. La fistule se ferme seule; mais depuis elle s'est ouverte.

En décembre 1868, nouvelle tumeur qui s'enflamme. L'abcès s'ouvre et se referme quelques jours après.

Au commencement de mai 1869, comme les symptômes persistaient, la malade vient consulter M. Sichel fils. On reconnaît un catarrhe du sac, et on se décide à employer le procédé de M. Weber.

Incision du point supérieur, et on introduit la sonde conique de Weber, qui force un rétrécissement à l'entrée du canal, et un autre plns petit dans la moitié supérieure du canal.

Le même cathétérisme a lieu tous les deux jours.

9 mai. La malade est bien moins incommodée; la fistule est oblitérée; l'épiphora a entièrement disparu; la narine n'est plus sèche, et l'amélioration continue.

Le 18. La sonde passe très-bien. Le canal est complétement perméable aux injections et aux larmes.

Le 20. La malade part guérie, et on peut considérer la guérison comme certaine.

OBSERVATION V.

M. Marthe, de Paris, 45 ans.

Il y a cinq ou six ans, le malade s'aperçoit que son œil droit pleure facilement, surtout sous l'influence du froid et du vent. La narine est sèche, et le malade observe lui-même qu'il ne peut se moucher que difficilement de ce côté.

Pas de tumeur.

Au mois de janvier 1869, après avoir été exposé au vent et au froid, le malade est pris d'une conjonctivite intense. — Collyres.

15 avril. Le malade va voir M. Sichel fils.

Catarrhe du sac.

Incision du point lacrymal supérieur.

Introduction d'une sonde conique qui passe assez facilement.'

Catéthérisme tous les jours.

8 mai. L'épiphora a considérablement diminué. La narine est moins sèche.

Le 10. Injection de sulfate de cuivre au 108e. Les plus grosses sondes de Weber passent facilement.

Le 11. Injection. L'œil droit va très-bien.

Pas d'épiphora.

Mais depuis quelques jours le malade s'aperçoit que son œil gauche pleure. On l'examine et on reconnaît un catarrhe du sac gauche.

Le 12. Incision du point lacrymal supérieur, rétrécissement à l'entrée du canal. On le force avec une grosse sonde de Weber, qui passe en causant un peu de douleur.

Le 14. La douleur est moins forte; la sonde passe assez facilement.

Le 15. Le côté droit est guéri complétement à gauche. Cathétérisme encore un peu douloureux.

Injections.

Le 20. A gauche, la sonde passe facilement. L'œil ne pleure plus.

Le 21. Le malade semble guéri, et comme il n'est pas revenu depuis et que son état était très-satisfaisant, on peut croire qu'il est guéri des deux côtés.

OBSERVATION VI.

Mlle Barbin, 39 ans. Il y a huit ans, la malade s'aperçoit que les larmes coulent sur la joue. Sa narine est sèche.

En 1866, apparition d'une petite tumeur à l'angle interne de l'œil droit. La pression fait sortir par les points lacrymaux un liquide blanc opaque. La tumeur devient douloureuse, dure, rouge. La malade vient voir M. Sichel père, qui fait l'ouverture du sac. Il sort du pus. Clou plein en plomb pendant trois mois. La fistule se reforme plus tard.

Au 30 décembre 1868, la malade vient de nouveau consulter M. Sichel.

On trouve une tumeur au grand angle de l'œil. On emploie le cathétérisme par les sondes de Bowmann. Pendant cinq mois on pratique le cathétérisme jusqu'au n° 4 ou 5 de la série de Bowmann.

Voyant que l'amélioration ne se produisait pas, on songe à un rétrécissement qu'on force avec la sonde conique de Weber. Au commencement du mois, époque à laquelle je vois la malade pour la première fois, les sondes de Weber passent facilement. Injections au sulfate de cuivre. L'état est bien meilleur. Les larmes ne coulent plus sur la joue. La narine n'est pas sèche.

Du 18 au 24 mai. Cathétérisme avec les sondes de Weber avec injections. L'œil ne pleure plus du tout. La malade part guérie.

OBSERVATION VII.

(Communiquée par M. le Dr de Gourlay.)

Pierre Banot, 66 ans. Fistule lacrymale calleuse. 7 février 1869.

Ectropion inférieur aux deux yeux.

Il y a un obstacle au cours des larmes au canal nasal depuis des années.

Une fistule s'est établie depuis deux mois.

Incision du point supérieur.

La sonde de Weber fait reconnaître plusieurs rétrécissements fibreux.

Vu le nombre et la nature des rétrécissements, on les incise dans tous les sens avec le couteau de Stilling.

La fistule est guérie après douze jours de cathétérisme avec les sondes coniques de Weber.

Pendant un mois, on pratique encore le cathétérisme avec les plus grosses sondes de Weber qui passent facilement.

Guérison.

OBSERVATION VIII.

Mme Dufour, de Paris, 42 ans. Début il y a cinq ans. Larmoiement continuel; pas de tumeur, pas de fistule. Au mois d'avril, conjonctivite intense, collyres; au mois de mai, elle vient à la clinique de M. Sichel. On constate un catarrhe du sac.

8 mai. Incision du point supérieur, sondes de Weber. Rétrécissement à l'entrée du canal facilement franchi.

Le 11. Sondes volumineuses. Le larmoiement est de beaucoup moindre. Encore un peu de catarrhe des conjonctives. — Collyre de zinc.

Le 18. L'œil ne pleure plus. La sonde passe très-facilement.

Le 21. Injection de sulfate de zinc. Le canal est complétement libre, et les larmes s'écoulent facilement.

Au commencement de mai, la malade va parfaitement bien. On peut la considérer comme guérie.

OBSERVATION IX.

Mme Pierron, 43 ans. Catarrhe du sac ancien. La sécrétion sort par le nez et les points lacrymaux, petite tumeur située un peu plus bas que le sac, occasionnée par un diverticulum du sac dans lequel s'engage la sécrétion des larmes. Cette tumeur menace de s'ouvrir, quoique sans phlegmon.

20 mai. Incision du point lacrymal supérieur. Introduction d'une grosse sonde de Weber qui a de la peine à pénétrer.

Le 21. Sonde de Weber. Rétrécissement fibreux avec rugosités vers la partie moyenne du canal. La sonde passe difficilement et cause de la douleur.

Le 24. La petite tumeur est diminuée. La sonde passe facilement, mais avec un peu de douleur.

Les 25-26. L'introduction est beaucoup moins douloureuse.

Le 28. L'œil pleure beaucoup, mais la petite tumeur a diminué.

1er juin. La sonde passe facilement sans douleur. Pas d'épiploon. Tumeur presque nulle. La malade est affectée d'une maladie d'estomac qui l'affaiblit et qui l'empêche de venir bien régulièrement; mais elle est venue plusieurs fois depuis, et on peut la considérer comme guérie.

OBSERVATION X.

M. Jean Ruppe, ouvrier, 29 ans. Il y a environ dix ans qu'il s'est aperçu de larmoiement à l'œil gauche. Petite tumeur se vidant parfaitement à la pression.

Il y a trois ans, pas de tumeur; épiphora moins abondant; narine très-sèche cependant. A partir du mois d'avril 1868, il est traité par les sondes de Bowmann, chez M. Sichel, pendant un an. L'état ne s'est pas amélioré.

En septembre 1868, traitement par les grosses sondes coniques de Weber. Le malade ne vient que tous les quinze jours. Néanmoins l'œil gauche va bien. Plus d'épiphora. Les sondes passent sans difficulté.

Juin 1869. L'œil droit pleure. Il n'y a pas de tumeur.

On pratique le cathétérisme, et on reconnaît l'existence d'une valvule ou repli muqueux à l'entrée du canal du côté droit. La sonde est repoussée, mais elle finit par triompher et pénètre dans le canal.

Les jours suivants, la sonde passe plus facilement. Le cathétérisme est pratiqué tous les jours du côté droit.

20 juin. Epiphora diminué de beaucoup.

Le 28. Le côté gauche est complétement guéri. L'œil pleure, mais bien peu. On ne sent plus la bride. Injections au sulfate de zinc.

1er juillet. Plus d'épiphora ; les injections passent très-bien.

On peut considérer le malade comme devant être débarrassé complétement dans un bref délai.

Quant au côté gauche, il est guéri.

OBSERVATION XI.

M. Davoust, 40 ans. Depuis deux mois, épiphora abondant; narine sèche; pas de tumeur.

19 juin 1869. Incision du point lacrymal supérieur. Cathétérisme avec la sonde conique de Weber. On sent une bride fibreuse qui gêne l'entrée de la sonde. On divise cette bride avec le couteau de Stilling. La soude passe très-bien. On pratique le cathétérisme tous les deux jours.

Le 26. La sonde passe un peu difficilement, rencontre encore quelques légères brides.

Le 28. Le rétrécissement et la bride de l'entrée ne se sentent plus. La sonde passe facilement.

L'épiplora a diminué considérablement. Une injection passe par le canal nasal, et le malade mouche mieux.

1er juillet. Etat satisfaisant.

Au moment où je cite cette observation, le malade est en pleine voie de guérison. Je regrette de ne pouvoir ajouter l'observation d'un malade affecté d'un phlegmon du sac et qui, traité par le méthode de Weber, était en voie de guérison lorsqu'il a été atteint par une ophthalmie qui depuis plusieurs jours a arrêté toute espèce de traitement pour son affection de voies lacrymales. Cette observation était très-intéressante parce que le malade présentait plusieurs rétrécissements qu'on avait dilatés par les sondes coniques de Weber.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des aponévroses.

Physiologie. — De la sécrétion de la bile et du rôle de ce liquide.

Physique. — Description des piles les plus usitées.

Chimie. — Théorie sur les constitutions chimiques des sels ; solubilité des sels, action des sels les uns sur les autres. Lois de Berthollet et de Wollaston, etc.

Histoire naturelle. — Des tiges; leur structure, leur direction; caractères qui distinguent les tiges des monocotylédonés de celles des dicotylédonés; théorie sur leur accroissement.

Pathologie externe. — De l'astigmatisme.

Pathologie interne. — Des concrétions sanguines dans le système veineux.

Pathologie générale. — Des métastases.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des lésions des nerfs.

Médecine opératoire. — De la valeur des appareils inamovibles dans le traitement de la coxalgie.

Pharmacologie. — Des gargarismes et des collutoires; des collyres gazeux, liquides, mous et solides. Des injections, des inhalations, des lotions, des fomentations, des fumigations, etc.

Thérapeutique. — Des indications de la médication tonique.

Hygiène. — De l'action de la lumière sur l'organisme.

Médecine légale. — Empoisonnement par le chloroforme et l'éther; comment peut-on reconnaître la présence de ces anesthésiques dans le sang?

Accouchements. — Des pathologies symptomatiques de la grossesse.

Vu, bon à imprimer,

DOLBEAU, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.